

FORMULARZ OFERTY

Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa (firma):

.....

Adres:

.....

Adres email:

Nr telefonu/faxu:

REGON: NIP:

Osoba upoważniona do kontaktów z Wynajmującym:

.....

Adres e-mail: Nr tel.

Oferta cenowa:

Przystępując do Konkursu ofert na dzierżawę pomieszczenia o powierzchni 7 m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowo – usługowej w budynku nr 20 Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie

Oferujemy:

- Prowadzenie na dzierżawionej powierzchni działalność w zakresie

.....

(podać rodzaj działalności)

- Stawkę 1-miesięcznego czynszu w wysokości:

	Oferowany czynsz miesięczny netto	Podatek VAT 23%	Oferowany czynsz miesięczny brutto
Pomieszczenie z przeznaczeniem na działalność handlowo – usługową			

za pomieszczenie z przeznaczeniem na działalność handlowo – usługową

Czynsz netto

Podatek VAT (23%)

Czynsz brutto

słownie złotych brutto: